TRAVAUX ORIGINAUX

—

L'opération de la cataracte par abaissement est-elle justifiable ? par Georges F. Sucker (de Chicago).

Quelques auteurs, notamment d'Angleterre, ont essayé récemment de remettre en honneur l'exécution occasionnelle d'une opération de cataracte qui semble complètement tombée en désuétude. Je veux parler de la scléro ou kératonyxis, autrement dit de l'abaissement du cristallin.

J'approuve complètement cette tentative, quoiqu'il semble à plusieurs ne rien y avoir de bien utile à retirer d'une pareille opération. Mais peut-être, sera-t-il possible de provoquer un changement d'opinion en faveur de son exécution dans certains cas bien définis. (A Lire le compte-rendu du congrès de l'association des ophtalmologistes et des oto-laryngologistes de Chicago des 10 et 12 avril 1902.)

Avec les progrès actuels de l'ophtalmologie et de la chirurgie, il semble que vouloir proclamer comme excellente une opération aussi vieillie et aussi démodée que « l'abaissement » soit faire un pas en arrière. Mais, à la faveur de l'antisepsie et de l'asepsie modernes, quelques opérations antiques et délaissées ont été reprises avec succès. L'opération de l'abaissement est bien une de celles-là.

Le but poursuivi en essayant de réhabiliter cette méthode est de diminuer les échecs qui sont encore de 6 % dans l'opération par extraction de la lentille. — C'est aussi pour venir en aide aux malades chez lesquels aucun chirurgien ne voudrait entreprendre l'extraction linéaire, c'est-à-dire chez 25 ou 50 pour cent des malades atteints de cataracte.

J'ai choisi le mot de *luxation*, au lieu des termes *scléro* ou *keratonyxis* et d'*abaissement*, ordinairement employés, d'abord parce qu'il s'agit en réalité d'une véritable luxation, ensuite parce que nous sommes plus familiarisés avec ce mot qu'avec celui d'abaissement. Nous parlons tous couramment de luxation du cristallin dans le vitré.

Ceci dit, le champ de la discussion devient plus large, car qu'il s'agisse de scléronixis ou de luxations les modifications peuvent être constatées dans l'état du globe de l'œil.

Pour bien déterminer la valeur actuelle de cette opération, il faut rechercher quelles sont ses indications réelles, quels peuvent être ses résultats.

La légitimité et la possibilité d'une opération varient avec les modifications pathologiques, ou, si vous aimez mieux, pseudo-physiologiques qu'elle détermine.

La scléronyxis devient opportune, et on doit l'adopter, si elle réduit réellement le pourcentage des échecs constatés dans l'extraction ; si l'opération de la cataracte devient alors possible chez des malades que les méthodes modernes ne permettraient pas d'opérer.

Dans cette question de la cataracte, comme dans toutes choses, il faut savoir juger sainement.

Il est entendu qu'en bonne physiologie, l'abaissement est inférieur à l'extraction. Mais c'est le but à atteindre qu'il faut envisager. Les difficultés de certains cas, même à l'époque actuelle, deviennent un obstacle à la méthode extractive, tandis que cette méthode vieillie et surannée peut conduire au succès. Cette méthode offre dans ces cas des chances de succès qui ailleurs amèneraient un échec certain.

Nous n'avons ni le temps, ni l'espace pour énumérer les raisons qui font que la pratique de la scléro-kératonyxis est délaissée. Qu'il nous suffise de rappeler que le chloroforme, la cocaïne, l'asepsie et l'antisepsie, le perfectionnement de la technique opératoire, une connaissance plus complète de la physiologie de l'œil, sont les facteurs principaux qui ont fait la fortune de l'extraction linéaire de la cataracte.

Cependant, nous savons tous que ce procédé idéal n'est pas applicable dans tous les cas et chez une certaine catégorie de malades, parce que les chances d'insuccès sont de beaucoup

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

FAITS CLINIQUES

Dr Rutten (de Liége). — **Sarcome du globe et de l'orbite gauche. Opération. Guérison.**

En 1889, un homme de 57 ans reçoit sur la tempe gauche une grosse pierre qui lui occasionne une contusion assez grave de la région orbitaire, puisque la perte de la vue de l'œil gauche en a été la conséquence.

D'après le dire du malade, l'œil est resté souffrant environ six mois et a ensuite diminué de volume. Mais depuis ce moment jusqu'en 1900, au mois de novembre, le malade ne s'est plus jamais plaint de l'œil atrophié.

A cette époque, second accident à l'œil déjà borgne, consistant dans un coup de manche de « houe » portant particulièrement sur l'angle externe de l'organe. Gonflement immédiat des paupières et œdème du rebord orbitaire. Le globe s'enflamme également, devient douloureux et quand l'inflammation a disparu, le malade constate quelque temps après une bosselure du globe du côté temporal. Cette excroissance du globe continue à grossir et cause, à des intervalles périodiques, des douleurs vives, rayonnant dans le front et dans la tête du côté de l'œil malade. La propulsion du globe date de ce moment. Mais le malade n'aurait pas encore consulté, si la complication de l'ophtalmie sympathique ne l'avait pas effrayé. Exposé à perdre la vue du bon œil et à devenir aveugle, il se décide à aller consulter à l'Institut ophtalmique le 23 novembre 1901.

L'attention est immédiatement frappée par l'exophtalmie de l'œil gauche ainsi que par l'excroissance, de la grosseur d'une noix, qui soulève la paupière supérieure du côté de l'angle externe. Il y a exophtalmie avec déviation du globe en dedans. La paupière supérieure ne présentant aucun signe particulier, glisse facilement sur l'excroissance et laisse voir qu'il n'y a pas d'adhérence du segment antérieur du globe avec la paupière. Dans cette partie, contrairement à l'hémisphère postérieure, la sclérotique, quoique fortement distendue, n'a pas été traversée par le néoplasme.

On peut luxer hors de la fente palpébrale globe et excroissance, en tirant la paupière supérieure en haut.

Au toucher, on constate la dureté du globe ainsi que l'insensibilité de la cornée. Comme il est facile à prévoir, il existe une certaine gêne dans la mobilité du globe. Les autres détails du globe transformé par le néoplasme, trouvent leur description dans l'analyse microscopique.

L'autre œil est atteint d'irritation sympathique et a son acuité visuelle diminuée au point de ne pas distinguer les grands caractères de l'échelle.

Cette gêne momentanée, visible à l'ophtalmoscope sous forme d'engorgement des vaisseaux, sans autres modifications ophtalmoscopiques, avait disparu 15 jours après l'opération. Et un mois après, le patient, qui était parti avec + 2 D pour corriger sa presbytie, nous écrivait que s'il avait eu besoin les premiers jours de ses lunettes pour jouer aux cartes, il ne s'en servait plus du tout à ce moment.

L'examen du nez, de la bouche, des choanes et des sinus (diaphanoscopie) ne révèle rien d'anormal. On ne constate aucun engorgement ganglionnaire, ni préauriculaire, ni sous-maxillaire.

Au moment de son entrée à l'Institut, son état général était mauvais : faiblesse générale, manque de forces, amaigrissement, teinte légèrement cachectique, même des symptômes cérébraux : violents maux de têtes, nausées et vomissements, perte d'appétit, fièvre et vertiges.

N'ayant pas de temps à perdre, je procède à l'énucléation du globe et à l'évidement des parties profondes de l'entonnoir, le jour de son arrivée à l'Institut. Le nerf optique a été coupé en arrière le plus loin possible et malgré la grosse masse enlevée, l'hémorrhagie n'a pas été abondante. Une cautérisation ignée complète l'opération. Pansement à l'iodoforme comme pour les autres énucléations. Afin de relever ses forces, on lui fait quelques injections de cacodylate de soude.

Après une quinzaine de jours, l'état général s'est transformé complètement. Nous avions quelque doute sur le résultat de l'opération parce que, après avoir énucléé le globe, nous constations que la gaine était fortement épaissie par un tissu grisâtre qui n'inspirait pas trop de confiance et c'est pour cette raison que nous avons fait suivre l'opération des cautérisations ignées. L'analyse microscopique indique la

choroïde comme point de départ du néoplasme.

Malgré qu'il y ait dix mois passés après notre intervention, il n'y a pas apparence de récidive. Il y a au contraire transformation complète de l'état général. Même la teinte cachectique a fait place à un facies plein de vie et de bonne santé. Il ne faut néanmoins pas perdre de vue que le sarcome de la choroïde doit être regardé comme une des maladies les plus malignes. Les métastases sont souvent à craindre.

L'avenir seul nous apprendra si l'extirpation a été faite à temps. En tout cas, jusqu'à maintenant, on ne constate pas la moindre apparence de récidive dans la cavité orbitaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1902.

M. Ferry. — **Dacryadénite blennorragique bilatérale.**

M. Ferry présente un malade atteint d'une dacryadénite aiguë, bilatérale survenue au cours d'une uréthrite aiguë peu après l'apparition de symptômes articulaires et d'iritis double. L'infection gonococcique date de 3 semaines seulement et l'on retrouve en abondance le gonoccoque dans l'écoulement uréthral. La glande palpébrale seule est intéressée par le processus phelgmasique métastatique. Il en résulte une saillie de forme allongée et siégeant surtout dans la partie temporale de la paupière supérieure. La saillie est plus accusée à droite qu'à gauche. L'iritis s'accompagne d'une injection scléro-conjonctivale assez marquée avec sécrétion très peu abondante.

M. Morax. — Il s'agit évidemment dans ce cas de localisations métastatiques multiples et il sera intéressant de rechercher la présence du gonocoque dans le tissu de la glande lacrymale et de se rendre compte des lésions qu'y produit sa présence.

Chevallereau et Chaillous. — **Rétraction bilatérale des paupières** (*présentation de malade*).

MM. H. Chevallereau et J. Chaillous présentent une femme de 44 ans sans aucun autre antécédent morbide et qui, depuis quatre mois, est atteinte d'une contracture des releveurs des paupières. Lorsque la malade regarde droit devant elle, la paupière supérieure, fortement rétractée, laisse à découvert une bandelette de la sclérotique au-dessus de la cornée. Lorsqu'elle regarde en bas, la paupière supérieure reste immobile dans la même position et la sclérotique se trouve largement découverte à la partie supérieure. Si l'on demande à la malade de fermer les yeux, le muscle orbiculaire des paupières se contracte lentement, péniblement, comme s'il avait à surmonter une résistance considérable et n'arrive pas à fermer entièrement la fente palpébrale. La malade a été soumise à l'anesthésie chloroformique, et même pendant ce temps, la paupière est restée relevée ; son mari dit, d'ailleurs, que même pendant le sommeil les yeux ne sont qu'à demi fermés.

La peau de la paupière supérieure, plissée, forme un bourrelet saillant qui cache en partie les cils, mais elle ne présente aucune altération. Si l'on renverse cette paupière, ce qui est d'ailleurs assez difficile, on voit de même que la muqueuse ne présente aucune lésion. La résistance électrique des muscles a été trouvée normale.

Du côté de l'œil lui-même, on ne trouve rien autre chose qu'une myopie de 2 dioptries ; avec astigmatisme direct d'une dioptrie ; il n'y a aucune lésion ophtalmoscopique, aucun trouble circulatoire du fond de l'œil. Il n'y a pas d'exophtalmie réelle, malgré l'apparence présentée par la malade ; rien du côté des muscles moteurs de l'œil ; aucun phénomène que l'on puisse rattacher à une lésion soit du nerf facial, soit du trijumeau, soit du grand sympathique.

L'état général est très bon, quoique la malade dise avoir maigri depuis quatre mois ; L'examen du cœur, des poumons et autres organes n'apprend rien de particulier.

Cette femme ne présente pas le signe de Graefe, puisque la paupière supérieure est constamment rétractée ; elle présente au contraire le signe de Stellwag, mais renforcé en quelque sorte. Ce signe de Stellwag ne paraît avoir été signalé jusqu'ici que dans le goitre exophtalmique, dont la malade ne présente aucun symptôme, à moins qu'il ne s'agisse ici d'un goitre exophtalmique encore absolument fruste.

M. A. Terson. — **Remarques sur la structure et le traitement des végétations conjonctivales à exacerbations printanières.**

Dans cette singulière maladie, dont le tableau clinique est, après diverses fausses routes, bien connu aujourd'hui, il reste à étudier surtout la pathogénie et la meilleure thérapeutique. L'histologie de la lésion arrive maintenant à une grande précision et M. A. Terson, après avoir rappelé les contributions antérieures, présente des préparations de *deux types* de végétations, celle du limbe et celle du tarse. Il s'agit de tissu presque fibreux dont le revêtement épithélial est moins développé qu'on ne l'a observé dans d'autres cas. Il y a de profondes différences avec la conjonctivite folliculaire, le trachome et la conjonctivite dite phlycténulaire. Les végétations adénoïdes du pharynx sont aussi très différents. Le microbe originel n'a pas encore été trouvé avec certitude et il est possible qu'il s'agisse d'une endo-infection. Les pommades hydrargyriques, pour les végétations péricornéennes ; le protagol, l'adrénaline, et les applications froides pour le catarrhe, l'ablation des grosses végétations et surtout un traitement arsenical intensif sont recommandables. M. Terson insiste sur le cas d'un malade, atteint de grosses végétations récidivantes et eczémateuses, et qui guérit rapidement, après une cure à la Bourboule, utile d'ailleurs dans d'autres maladies des yeux.

Darier. — J'ai entendu avec un vif intérêt la consciencieuse étude de M. Terson et je me proposais de lui demander s'il avait pu confirmer les assertions de Taylor et Bellinzona, qui ont prétendu avoir isolé le microbe de la conjonctivite printanière végétante. Ce n'est malheureusement pas le cas ; c'est regrettable, car cette affection paraît bien être d'origine infectieuse : il est vrai qu'elle peut l'être, comme le dit M. Terson ; à la façon de certaines dermatoses, comme l'eczéma.

Au point de vue thérapeutique, naturellement, il faut bien connaître l'évolution normale du processus morbide qui a un cycle assez caractéristique : débutant au printemps, s'aggravant pendant les périodes de sécheresse et de vent, s'atténuant pendant les mois pluvieux et cela pendant 3, 4 ou 5 années consécutives.

Le traitement sera tout différent selon que la forme est tarsienne ou péricornéenne.

La forme tarsienne ou papillomateuse se rencontre surtout chez les adultes, quelquefois même après 40 ans. Quand elle a atteint un développement très marqué, l'abrasion chirurgicale est indiquée et j'ai eu deux cas de guérison de ce genre, mais je ne suis pas très enthousiaste de ce mode de traitement, et je crois que le traitement médical peut faire aussi bien dans la plupart des cas. La Bourboule me paraît très indiquée dans ces cas.

Dans la forme péricornéenne, qui est celle que l'on rencontre plutôt chez les jeunes sujets (et pourtant la malade qui avait fait le sujet de ma communication à la Société Française d'Ophtalmologie en 1889 avait 47 ans), cette sorte de bourrelet péri-cornéen d'aspect lardacé est favorablement influencé par la pommade jaune à 1/10 et surtout par les massages à la lanoline hydrargyrique, alors que ces applications n'ont aucun effet sur la papillomatose tarsienne.

J'ai essayé la dionine dans quelques cas sans grand résultat.

En revanche, j'ai observé plusieurs cas d'amélioration si marquée par l'adrénaline que j'ai eu beaucoup de peine à revoir mes sujets en traitement parce que tous me répondaient qu'ils se trouvaient guéris ; néanmoins, j'ai observé quelques rechutes promptement guéries par un ou deux protargolages (quand il y avait un peu de conjonctivite) et la reprise du collyre à l'adrénaline.

L'adrénaline dans ces cas doit être instillée de 4 à 8 fois par jour suivant les cas et suivant la concentration des solutions ; elle a besoin de faire encore ses preuves dans la forme tarsienne.

M. Sulzer fait remarquer que, pour juger de l'influence d'un traitement sur l'évolution du catarrhe printanier, il faut bien connaître la durée moyenne de la maladie, qui est de 3 ou 4 ans, et savoir que suivant la saison à laquelle le traitement est appliqué, on observe une guérison plus ou moins rapide. Pour lui, il a vu bien souvent la maladie s'éteindre et disparaître spontanément après un certain nombre de rechutes.

M. Kalt se demande comment l'action si fugace de l'adrénaline peut avoir une influence appréciable sur une affection aussi rebelle et aussi essentiellement chronique que le catarrhe printanier.

M. Galezowski estime que le seul traitement efficace de cette maladie est le cathétérisme des voies lacrymales ; les scarifications et l'adrénaline ne sont que des adjuvants.

M. Morax. — La conjonctivite printanière est une affection des plus singulières et des plus incompréhensibles. L'étude de ses lésions anatomiques pas plus que son évolution clinique n'évoque l'idée d'une infection conjonctivale. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire comme dans les réactions produites par la présence d'un parasite dans la conjonctive, et d'autre part le retour, ou mieux l'exacerbation saisonnière, ne cadre que difficilement avec l'hypothèse d'une infection. Les lésions conjonctivales sont surtout caractérisées par de l'œdème et par une distension des vaisseaux lymphatiques. Sur les coupes de M. Terson cette dilatation lymphatique est des plus marquées. Pour arriver à pénétrer la pathogénie de ces lésions, il me paraît intéressant de rechercher leur analogie avec certaines dermatoses, notamment avec le groupe des affections décrites sous le nom de lichen, dont la conjonctivite printanière se rapproche déjà par son caractère prurigineux. Quant à l'évolution de la conjonctivite printanière, elle m'a paru, d'une manière générale, assez longue et j'ai vu habituellement les récidives se produire pendant de nombreuses années jusqu'à l'adolescence. L'âge de son apparition est variable. C'est ordinairement dès l'enfance que se produisent les premières poussées ; récemment, cependant, j'ai observé un jeune homme chez lequel la première poussée s'est produite à l'âge de 24 ans.

M. A. Terson. — Si profonde que soit l'ablation des végétations tarsiennes, elle laisse la place à la récidive et c'est pour cela que le traitement général aide le traitement local ou peut même quelquefois suffire, comme pour certaines dermatoses. L'adrénaline a chez certains malades un effet beaucoup plus prolongé que ne le dit M. Kalt. La durée de la conjonctivite printanière n'a rien de spécial. Les cas légers guérissent seuls en deux ou trois ans ; les cas graves non traités, surtout chez l'adulte, durent 6 à 10 ans. Même après 40 ans, on a signalé la possibilité de l'apparition du mal.

M. Kalt. — **Détermination expérimentale de la perméabilité des voies lacrymales.**

Les larmes sécrétées dans le cul-de-sac conjonctival s'éliminent partie par évaporation, partie au travers des voies lacrymales. Lorsque ces dernières sont peu perméables et que la sécrétion s'accroît par l'effet d'une excitation réflexe de la glande, le larmoiement s'établit. Jusqu'à ce jour, il était impossible d'apprécier le degré de perméabilité des voies d'excrétion. Celui-ci n'est nullement en rapport avec la facilité du passage des liquides injectés avec la seringue d'Anel ou des sondes de Bowmann.

Ma méthode est fondée sur la vitesse d'écoulement d'une solution physiologique salée, tiédie et instillée au niveau de l'angle interne de l'œil. On se sert d'un compte gouttes de débit connu (le mien débitait seize gouttes au gramme). Le sujet est étendu horizontalement. Les yeux seront tenus moyennement ouverts et on évitera les mouvements de clignement violents.

L'instillation est renouvelée aussitôt que la petite nappe brillante de liquide a disparu. L'expérience dure de 5 à 10 minutes ; mais on est souvent obligé, au début de l'expérience, de laisser reposer les sujets en expérience.

Beaucoup de sujets nerveux *pleurent* avec la plus grande facilité sitôt qu'on touche à leurs yeux. — Au besoin on peut instiller au début une goutte de collyre faible à la cocaïne.

Résultats : L'élimination la plus rapide a été constatée chez une femme de 28 ans. Elle excrétait de 3 à 4 gouttes à la minute. Chez les adultes, j'ai trouvé en moyenne une à deux gouttes. Enfin, chez les sujets atteints de larmoiement avec ou sans catarrhe du sac, l'excrétion est tombée à 1/2, 1/4, 1/5e de goutte à la minute.

La cocaïne, malgré son action anémiante sur les muqueuses, ne m'a pas paru avoir d'action modificatrice notable sur l'écoulement ; de même l'excitation de la muqueuse nasale, par les inhalations modérées d'ammoniaque.

L'action de se moucher faite avec précaution, sans clignement énergique, a paru sans effet appréciable, ce qui démontre que la théorie de l'aspiration des larmes par le courant d'air expiré n'est pas fondée.

Chez une femme atteinte de larmoiement des deux yeux par catarrhe nasal et de lagophtalmie paralytique d'un côté, sans éversion du point lacrymal, la vitesse d'écoulement a été la même des deux côtés. A l'état *de repos* les fibres de l'orbiculaire insérées sur les canali-

cules et agissant par leur seule toxicité, n'ont pas d'influence marquée.

Sur quinze malades atteints de larmoiement avec ou sans dilatation du sac, l'écoulement variait, pour une goutte, entre une minute et demie et cinq minutes. Dans aucun cas le cathétérisme n'a augmenté la perméabilité du conduit. Comme, cependant, l'action du cathétérisme sur le larmoiement a été indéniable, il faut en conclure que la sonde agit moins en rétablissant la perméabilité du canal qu'en modifiant la muqueuse. Son action, toujours un peu brutale, modifie sans doute l'innervation et éteint le foyer des réflexes secrétoires dirigés sur la glande lacrymale.

M. A. Terson. — Je me demande comment M. Kalt a pu éviter le clignement, si variable comme fréquence et force avec les sujets, et qui peut faire varier sensiblement l'écoulement lacrymo-nasal.

Dr Darier. — Rapport définitif sur le tarif minimun pour les accidents du travail.

Messieurs, le rapport que j'ai à vous faire sur le tarif qui a été élaboré par la commission nommée l'an dernier par vous doit répondre aux différentes objections qui ont été faites de part et d'autre.

D'une manière générale, les prix ont été trouvés trop élevés par les uns, trop bas par les autres, ce qui nous prouve que notre moyenne est bonne et que nous devons l'admettre telle.

Du reste, à ceux qui trouvent que 100 fr. est trop peu pour une opération de cataracte, nous pouvons répondre que en ajoutant 25 fr. pour un aide, 20 fr. à 30 fr. pour certificats ou rapports et souvent encore 50 fr. pour discision secondaire nous arrivons ainsi facilement pour une cataracte traumatique à 150 et 200 fr., sans compter les frais d'hospitalisation et de pansements, ce qui est plus que raisonnable pour un tarif ouvrier d'*Assistance Médicale*, surtout que nous tenons bien à spécifier que c'est un tarif minimum.

Pour une énucléation, nous avons souvent besoin de 2 aides et de l'anesthésie chloroformique ce qui nous amène à peu près au même chiffre.

Les *frais d'hospitalisation* ont été très discutés ; il est certain que 6 fr. est bien pour Paris ; d'un autre côté, il nous faut admettre que dans certaines contrées la concurrence des Hôpitaux doit nous inciter à abaisser ce prix. Aussi, proposons-nous de rédiger ainsi l'art. 12 : « Les frais d'hospitalisation, fournitures de pansements et de médicaments varieront suivant le tarif des hôpitaux de la région. »

Le prix de 5 fr, par consultation doit être d'ores et déjà réduit à 3 fr., car tous les juges de paix de Paris ont admis ce prix et n'en démorderont pas — c'est une affaire jugée.

La question des *certificats* a soulevé aussi beaucoup d'objections, les uns sont trop chers les autres pas assez. Malades traités ou non, il vaut mieux n'admettre qu'un seul prix : 10 fr., pour tous les certificats, laissant en dehors les rapports médico-légaux, les expertises et contre-expertises dont les prix peuvent être taxés à 100 francs.

Donc, en somme, notre tarif, à part les petites modifications ci-dessus, restera dans son ensemble tel qu'il a été imprimé et je vous propose de le mettre aux voix et de l'adopter.

Le Syndicat des médecins de la Seine auquel je l'ai présenté a chargé son Président de faire les démarches nécessaires auprès du Ministre de l'Intérieur pour faire adopter ce tarif par l'Administration des Hôpitaux et des Quinze-Vingts.

Tarif minimum d'honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'accidents du travail (*Loi du 9 Avril* 1898), **adopté par la** *Société d'ophtalmologie de Paris*, **dans sa séance du 14 octobre 1902.**

1° Examen d'un blessé. Constat pour la Compagnie et certificat pour la Mairie Fr.	10 »
tout nouveau certificat ou rapport	10 »
2° Extraction d'un corps étranger superficiel simple n'exigeant pas plus de deux consultations.	10 »
3° Rapport médico-légal	100 »
4° Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite légèrement infectieuse, nécessitant des soins spéciaux et n'entraînant pas plus de cinq consultations	20 »
Lorsque ces blessures exigent des soins demandant plus de cinq consultations consécutives, chaque consultation sera payée	3 »
à la condition que le total, pour	

la même maladie, ne dépasse pas 100 francs de consultations.

5° Opérations de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (*Suture cornéenne, Autoplasties conjonctivales, Ulcères infectieux, Excision de prolapsus iridiens, Opérations sur les voies lacrymales et les paupières, Discision de cataractes secondaires, etc*)..... 50 »

6° Opérations sérieuses (*Cataractes traumatiques, Extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, Enucléation, Eviscération, Iridectomie*)..... 100 »

7° Toutes ces opérations comprennent cinq consultations ou pansements consécutifs. Au delà de cinq pansements, chaque pansement supplémentaire sera coté..... 3 »
mais sans que le total des pansements supplémentaires puisse dépasser 100 francs

8° Anesthésie chloroformique..... 40 »

9° Consultations entre confrères. Honoraires variables à fixer avec les intéressés (Compagnies d'assurances, Patrons, etc.)

10° Asistance à une opération. Pour l'assistant nécessaire, le quart du tarif de l'opération.

11° Si plusieurs opérations sérieuses sont nécessitées par le même accident, la plus importante est cotée à un des prix ci-dessus.
La deuxième est diminuée de... 20 0/0
La troisième est diminuée de... 40 0/0

12° Les frais d'hospitalisation, fournitures d'objets de pansements et de médicaments varieront suivant le tarif des hôpitaux de la région.

Ce tarif mis aux voix a été adopté à l'unanimité des membres présents ; il a été décidé qu'il serait envoyé à tous les oculistes français et à toutes les Compagnies d'assurances ou Syndicats de garantie contre les accidents.

Ceux de nos confrères qui en désireraient un certain nombre d'exemplaires n'auront qu'à les demander au Secrétaire général, M. Morax, rue Bassano, 56.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE HEIDELBERG

(*Suite.*)

Dernière séance, 6 août

Vossius (Giessen), président :

A. Bielschowsky (Leipzig). — **Innervation des muscles droits internes dans les mouvements de latéralité.**

L'auteur rapporte un cas de paralysie des deux droits internes pour les mouvements de latéralité (les mouvements de convergence sont demeurés intacts). Cette paralysie fut observée chez un patient qui avait reçu un coup sur l'occiput. Peu de temps après le traumatisme, il y eut seulement une paralysie des deux releveurs qui disparut très rapidement sans traitement. B. pense que, selon toute probabilité, il y aurait eu de petites hémorragies dans les régions dorsales et latérales des noyaux de l'oculomoteur, au point où sortent les filets destinés aux mouvements de latéralité des droits internes.

Liebrecht (Hambourg). — **Modifications anatomo-pathologiques du nerf optique dans les tumeurs cérébrales et pathogenèse de la papille de stase.**

Les recherches de Liebrecht ont porté sur 14 papilles et le nerf correspondant jusqu'au chiasma dans des cas de tumeurs cérébrales ; sur 12 yeux, la papille de stase était à la période de début, d'état ; dans 6 autres cas, où il y avait eu hémorragie cérébrale, et dans 6 autres, méningite tuberculeuse, et 2 fois, méningite consécutive à une gomme.

1° La papille de stase et l'inflammation du nerf optique sont deux choses séparées. La papille de stase est produite par une stase lymphatique dans le nerf optique, il n'y a pas trace d'inflammation.

Mais quand la partie bulbaire du nerf optique est atteinte par une inflammation interstitielle, la papille de stase présente aussi des lésions inflammatoires.

2° La tumeur cérébrale produit une pullulation dans les gaines, et consécutivement une inflammation interstitielle du nerf optique qui amène une atrophie des éléments nerveux. Cette pullulation inflammatoire a pu être ob-

servée dans tous les cas, mais l'époque de l'apparition et l'intensité du processus sont variables suivant la nature et le siège de la tumeur.

3° La stase lymphatique est sans doute produite par la compression des veines et des vaisseaux lymphatiques pendant leur parcours dans les gaines. L'augmentation du contenu de la gaine agit directement sur la pression des vaisseaux qui y pénètrent.

4° La participation de la lamina cribrosa, dont la partie choroïdienne en particulier est hypertrophiée, a plutôt une action secondaire sur la formation de la papille de stase.

5° Les observations cliniques montrent que la papille de stase simple, et en particulier la papille de stase œdémateuse sont une affection spéciale.

L'apparition d'une papille de stase après une aploplexie grave ou une hémorragie cérébrale consécutive à un traumatisme plaident en faveur de l'importance de l'augmentation de la pression intra-cérébrale.

Best (Giessen). — Choriorétinite congénitale.

L'auteur a en vue les altérations congénitales du fond de l'œil qui se présentent sous forme de mouchetures claires à côté de point tillés pigmentaires très fins. On regarde ces altérations comme une rétinite pigmentaire atypique ou comme des signes caractéristiques de syphilis héréditaire. Se basant sur son matériel, Best cherche à démontrer si l'on doit toujours regarder ces lésions comme des caractéristiques de la syphilis héréditaire ; il croit que non, car sur ces observations personnelles faites à la clinique de Giessen, il n'a pas trouvé un seul cas de syphilis héréditaire. Ce fait est en relation avec l'excessive rareté de la syphilis de Giessen où, sur 24.000 patients, il y a 0,7 cas p. 1000 de syphilis héréditaires et en revanche plus du double, 1,7 p. 1000, de cas de dégénérescence pigmentaire typique 03 p. 1000 de choriorétinite congénitale.

Uhthoff (Breslau). — Contribution aux altérations de la vue dans les blessures du cerveau et remarque sur les lésions fonctionnelles dans les affections du cerveau.

Uhthoff rapporte un cas remarquable d'hémianopsie droite consécutive à une blessure du centre visuel gauche sur le lobe occipital gauche.

L'auteur a pu observer journellement le patient qui mourut au bout d'un an et demi.

Voici ses conclusions :

1° L'hémianopsie a été produite par une blessure du centre visuel et des voies optiques.

2° L'apparition d'une altération de l'orientation a été causée par une lésion unilatérale du lobe occipital.

3° Combinaison d'une hémianesthésie du côté droit avec participation des organes des sens à droite. U. regarde cette première altération comme fonctionnelle.

4° Possibilité pour le patient de produire cette hémianesthésie par compression modérée de la région blessée du crâne, cessation du phénomène quand la compression n'a plus lieu.

5° Apparition et disparition de la papillite de stase avant et après le traitement de l'abcès du cerveau. Ce changement rapide correspondant aux lésions anatomiques qui ont pu être observées montre que les conditions mécaniques de la pression cérébrale jouent un rôle important.

6° Abolition passagère des mouvements associés volontaires de latéralité à droite, disparaissant quand le malade fixe un objet.

Le patient fut opéré 3 fois pour un abcès cérébral. A l'autopsie, on trouva un gros abcès des lobes postérieurs gauches.

Levinsohn (Berlin). — Sur les modifications de la pupille après la résection du sympathique cervical, et du ganglion cervical supérieur en particulier.

L'auteur parle des recherches qu'il a faites sur le chien, le chat et le singe, pour déterminer l'influence du nerf sympathique sur l'œil. Il démontre que l'action plus puissante de l'extirpation du ganglion comparativement à celle de la simple section du sympathique s'explique par la persistance d'un tonus dans le ganglion, ce tonus dépend de branches siégeant plus haut dans l'axe cérébro-spinal. La diminution de la contraction de la pupille que l'on observe après l'extirpation du ganglion s'explique par une parésie compensatrice du sphincter de la pupille.

Cette parésie est démontrée : 1° par l'amoindrissement de l'action de l'ésérine et des

autres agents constricteurs de la pupille (lumière, accommodation convergence) ; 2° par l'exagération de l'action paralysante du curare ; 3° par le relâchement du sphincter démontré physiquement par Grünhagen ; 4° par le fait anatomique que le sphincter est allongé et aminci. Le tonus dilatateur est affaibli d'une manière durable après la section du sympathique comme après l'extirpation du ganglion. Cependant, chez certains animaux, son action semble augmentée par des poisons déterminés.

Vossius (Giessen). — **Deux affections rares de l'orbite.**

1° Nécrose de la conjonctive bulbaire consécutive à une blessure de la conjonctive (infection streptococcique) suivie de gangrène des paupières, et de nécrose de la sclérotique, de la cornée et du bulbe chez un homme de 54 ans. Dans la littérature, un seul cas semblable a été signalé par Scholz.

2° Actinomycose de la paroi orbitaire externe et du sinus caverneux chez un homme de 28 ans. Exophtalmie à gauche, avec kératite neuro-paralytique, papillite des deux côtés.

Th. Baenziger et W. Silberschmidt (Zurick). — **Etiologie d'une panophtalmie consécutive à une blessure par un éclat de pioche.**

En juin 1900, B. eut l'occasion d'observer un jeune paysan qui présentait des signes certains de panophtalmie 24 heures après avoir reçu l'éclat dans l'œil. L'œil est enlevé 28 heures après la blessure ; et on prélève du pus du vitré. Dans le pus, il n'y avait qu'une seule espèce de bacille, du groupe subtilis. Une injection de culture fraîche de ce bacille dans le vitré du lapin et du chien produisit une suppuration du vitré avec tous les signes de la panophtalmie.

On produisit aussi une panophtalmie en introduisant dans le vitré d'un lapin un peu de terre fraîche prélevée sur la pioche ; après l'énucléation, on trouva dans le vitré le bacille subtilis en très grand nombre.

Différentes espèces de microorganismes du groupe subtilis peuvent produire la panophtalmie. Dans le cas de blessure par un éclat de pioche, ces bacilles provenaient de la terre.

Discussion : Schmidt-Rimpler (Halle) a vu se développer un cas de tétanos après introduction dans l'œil d'un corps étranger provenant de la terre.

Sattler (Leipzig) rappelle la grande variété de microorganismes qui peuvent causer une panophthalmie.

Axenfeld (Fribourg) mentionne l'observation de Fromaget, ayant trait à un cas de tétanos par blessure de l'œil.

Wolff (Berlin). — **Examen ophtalmoscopique avec mon miroir électrique ; sur le reflet pathologique bilatéral de la macula lutea. (Rétinite séreuse centrale).**

— Un nouveau mode de diagnostic du mal de Bright.

Wolf a observé chez un patient de 33 ans, au moyen de son miroir électrique, un reflet (réticulé) sur la macula lutea des deux yeux, et fut ainsi amené à porter le diagnostic de néphrite chronique, une année entière avant l'apparition de tout autre symptôme et bien longtemps avant l'apparition de la rétinite albuminurique.

Au moyen de l'ophtalmoscope de Wolff, on peut voir à l'image droite (dans la myopie forte exceptée), et jusqu'à l'âge de 45 et souvent de 50 ans, un reflet soyeux, qui est produit normalement par la réflexion de la lumière sur la surface de la rétine. Quand il y a par conséquent la moindre différence de niveau, ce reflet éprouve une modification caractéristique, dont l'aspect réticulé s'explique par la disposition anatomique des fibres de Müller. Cette modification est causée par de l'œdème. Wolff a pu l'observer dans le diabète, la syphilis et chez les femmes enceintes et dans certaines affections locales de l'œil. Il est à souhaiter que ce reflet de la macula ne reste pas seulement un signe de diagnostic et de pronostic pour certaines affections locales de l'œil, mais devienne un moyen de diagnostic précoce pour les œdèmes dépendant de l'état général.

E. Guttmann (Berlin). — **Sur la méthode d'Angelucci dans l'extraction simple du cristallin et son application à d'autres opérations.**

L'avantage de cette méthode réside en

ce fait qu'avec une pince sans cran d'arrêt, à branches élargies et à dents mousses, on peut saisir à travers la conjonctive le tendon du droit supérieur à 4 ou 5 millimètres de la cornée.

Cette pince retient par sa partie libre la paupince supérieure et immobilise en même temps le globe de l'œil. On évite ainsi l'écarteur, la pièce de Desmarres et le doigt de l'assistant. L'auteur ne déchire pas la capsule avec le couteau comme le fait Angelucci ; il se sert du kystitome ou de la pince kystitome. Guttmann emploie avec succès la pince d'Angelucci non seulement pour l'opération de la cataracte, mais pour l'iridectomie, pour la discision de la cataracte secondaire, la cautérisation et le tatouage de la cornée.

HAMBURGER. — **Sur la source de l'humeur aqueuse.**

AUGSTEIN (Bromberg). — **Visibilité de la circulation sanguine dans les vaisseaux de nouvelle formation de la cornée. Sa signification.**

La circulation n'est visible que lors de la régression des vaisseaux de nouvelle formation. Ce phénomène n'est pas observé pendant l'inflammation et quand les vaisseaux sont remplis de sang ; peut-être pourra-t-il servir pour établir le pronostic.

Discussion :

AXENFELD rappelle que Bajardi a déjà signalé ce fait (Congrès d'opht. ital. 1822, Palerme).

GRUNERT (Tubingen) a pu observer souvent la circulation dans les vaisseaux de la cornée, l'adrénaline permet de faciliter cet examen.

HAAB (Zurich) rappelle que l'on peut ainsi suivre la circulation dans les vaisseaux de la rétine quand cette circulation est gênée.

AUGSTEIN a observé le phénomène sur des yeux normaux.

LEBER. — Pendant ce développement des vaisseaux de la cornée, il doit y avoir un stade où le sang stagne, en particulier avant que les extrémités des nouveaux vaisseaux se réunissent.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME UNI.

Présidence de M. David LITTLE

Séance du jeudi 12 juin 1902

Carcinome secondaire de l'œil.

Pr ROCKLIFFE (Hull) complète l'observation du malade présenté par lui dans la séance de juillet 1901. L'examen de l'œil gauche, énucléé, montra une tumeur, non pigmentée, située entre le nerf optique et le corps ciliaire. La rétine est complètement décollée. L'examen microscopique démontra que la tumeur avait débuté dans la choroïde.

M. HOLMES SPICER cite un cas semblable.

Ulcère lépreux de la cornée.

Dr ROCKLIFFE communique un cas d'ulcère lépreux de la cornée survenu chez un jeune homme originaire des Indes occidentales. Il ne put obtenir de guérison malgré de fréquentes cautérisations au galvano-cautère.

Microphtalmos congénital bilatéral.

Dr BRONNER (Bradford) relate des cas de microphtalmos congénital bilatéral, accompagné de cataracte dans deux familles différentes, où on ne trouve ni consanguinité ni syphilis.

Prennent part à la discussion : MM. Argyll Robertson, Mules, Priestley-Smith, Frost, Fuchs.

Dégénérescence colloïde de la conjonctive.

Le major H. HERBERT décrit un cas de ce qu'on a improprement appelé « dégénérescence amyloïde ou hyaline ». On a observé de semblables altérations de la peau chez des personnes âgées que les dermatologistes ont avec raison dénommées dégénérescences « Colloïdes ». Seule, la conjonctive du globe était affectée, la conjonctive palpébrale était transformée en tissu cicatriciel, suite de trachome. Un chémosis transparent empiétait sur le tiers supérieur de la cornée.

Dessins présentés :

Mayor M. T. YARR : cécité à la suite d'une contusion indirecte de l'œil gauche. M. J. H.

Parsons : coupes d'un cas de microphtalmos. Dr Leslie Buchanon séparation du corps ciliaire de la sclérotique par traumatisme. M. Stephen Mayon : 1° ulcus rodens de la cornée traité par les rayons X ; 2° cas de trachome raité par les rayons X. M. Arnold Lanson : embolie partielle de l'artère centrale de la rétine chez un jeune homme de 18 ans. M. Holmes Spicer : 1° thrombose des veines rétiniennes avec dégénérescence de la rétine et de la macula ; 2° vaisseaux de nouvelle formation sur la face antérieure de l'Iris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai

De l'ophtalmie granuleuse dans le cercle de Laghouat

M. Chauvel. — M. le médecin-major Sagrandi, dans une enquête faite dans le cercle de Laghouat, a constaté que, peu commune chez les nomades, l'ophtalmie granuleuse est, au contraire, très fréquente parmi les sédentaires des Ksours, les Israélites, les Espagnols, les Français, dont la presque totalité habite en toute saison la commune même de Laghouat. Cette simple constatation montre combien peu les irritations de la conjontive par les poussières, les particules de sable, ont d'influence sur le développement des granulations. Sans doute, les conditions de vie des indigènes sédentaires des Juifs et des Espagnols immigrés, ne sont guère moins propices au développement des conjonctivites. Le manque d'air, la fumée, les exhalations putrides qui rendent si malsains leurs gourbis ou leurs masures, favorisent les inflammations de cette muqueuse. Mais si la granulation se développe chez eux davantage, elle le doit surtout à son pouvoir de contagion, à sa grande facilité de propagation.

Il y a vingt-cinq ans, étant médecin-chef de l'hôpital militaire d'Orléansville, j'ai constaté dans les écoles, chez les enfants des colons, plus de 50 °/₀ de conjonctivite granuleuse. M. Sagrandi ne relève que 6,4°/₀ chez les Français, 9 °/₀ chez les Espagnols, 14 °/₀ chez les Ksouriens et 17 °/₀ chez les Israélites indigènes. Peut-être, depuis l'époque à laquelle j'ai observé, l'hygiène a-t-elle fait quelques progrès. Peut-être aussi — et je le crois — l'action incessante, persévérante et certainement efficace des médecins militaires s'est-elle fait sentir dans ces populations auxquelles ils n'ont cessé de prodiguer les conseils et les soins depuis les premiers jours de l'occupation.

D'après M. Sagrandi, les nègres, même habitant depuis longtemps le pays, resteraient à peu près indemnes.

Les Français et les Israélites se laissent volontiers soigner ; les Espagnols, ainsi que les Arabes, sont absolument réfractaires au traitement prolongé que nécessite l'ophtalmie granuleuse. Ces derniers recourent volontiers à leurs toubibes, qui ignorent le rôle considérable que jouent les conditions défectueuses de l hygiène et la malpropreté dans la persistance de l'endémie.

M. Sagrandi a constaté — et j'ai fait la même remarque — que la maladie atteint son maximun durant les mois d'été, et il attribue cette fréquence aux tourbillons de vents qui entraînent des particules de sable pénétrantes et traumatisantes. Les conjonctivites catarrhales plus fréquentes ouvrent la voie aux granulations.

Le gonocoque ne semble pas jouer un rôle dans la genèse de l'ophtalmie granuleuse ; c'est ainsi que les tirailleurs indigènes, chez lesquels la blennorragie est endémique, et dont les contacts avec la population indigène sont permanents, mais qui sont tenus à la propreté, ne deviennent pas granuleux.

Il en est de même des Français qui servent aux zouaves ou aux chasseurs d'Afrique ; parmi nos troupes, la conjonctivite granuleuse est exceptionnelle.

L'ophtalmie granuleuse, véritable fléau pour l'Algérie, y cause de nombreuses cécités. Guérir l'affection est difficile, surtout dans ses formes chroniques, car pour des gens peu soucieux de leur santé, elle reste longtemps insoupçonnée. Aussi M. Sagrandi propose d'apprendre aux populations, par tous les moyens, que la granulation est essentiellement contagieuse et fonction du défaut d'hygiène et de propreté ; de leur imposer la désinfection des locaux avec le lait de chaux, du linge et des effets par l'ébullition.

Notre confrère, allant plus loin encore, propose de propager les notions d'hygiène et de prophylaxie par la voie de l'affichage ou du crieur public pour les Européens, par des con-

férences, des causeries faites dans les cafés maures, les bains, les mosquées, les synagogues pour les Israélites et les indigènes.

Si peu accessibles à nos moyens d'action sont les indigènes musulmans que leur inculquer des idées et des pratiques d'hygiène, surtout les amener à croire qu'on peut se préserver d'un mal par des soins de propreté, exigera bien des années. Là où règne le fatalisme, la prophylaxie n'est pas aisément acceptée.

Ce n'est pas une raison de désespérer et de ne rien faire. A défaut de l'intervention administrative, toujours lente à obtenir, il reste l'action du médecin plus douce, plus pénétrante, parce qu'elle se traduit en bienfaits presque immédiats. Je suis convaincu que partout où pénètreront les soins des médecins militaires, ils apporteront aux populations les conseils les plus précieux et les plus intelligents.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juin.

Sur les nerfs trophiques de la cornée.

MM. E. Berger et Robert Lœwy exposent le parcours des fibres trophiques de la cornée. Pour eux, ces fibres quittent, en grande partie le trijumeau avant le ganglion de Gasser, vont au plexus carotidien, et de là, par l'ophtalmique, au lacrymal et au sus-trochléaire. La coïncidence si fréquente des troubles vasomoteurs dans le cas de kératite neuro-paralytique est due à ce qu'un processus quelconque lèse en même temps les fibres du trijumeau, les fibres trophiques et les filets du plexus sympathique carotidien.

Phénomènes consécutifs à la résection du sympathique cervical chez l'homme. (*Acad. de méd.*, 1er juillet).

MM. Jonnesco et Feresco ont examiné huit opérés du 80e jour à six ans et demi après la résection du sympathique cervical ; leurs conclusions sont de nature à rassurer les opérateurs.

Les troubles persistants sont le resserrement de la pupille, la chute de la paupière supérieure, la congestion de la conjonctive palpébrale et bulbaire, celle des gencives et surtout du cerveau ; on voit les troubles congestifs se maintenir même trois ans après l'opération.

D'autre part, la diminution de la tension oculaire, la suppression de la fonction sudorale, la gêne dans la mastication et dans la déglutition, l'influence nutritive et l'hyperesthésie tendent à disparaître ou disparaissent complètement après des temps variables.

La résection du sympathique cervical ne donne lieu à aucun trouble trophique dans sa sphère d'action.

Le développement, tant physique qu'intellectuel de l'opéré, quel que soit son âge, n'est nullement influencé par la résection du sympathique cervical.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 5 juin.

Névrite interstitielle hypertrophique avec signe d'Argyll-Robertson. (*Soc. de Neurologie de Paris*, 5 juin 1902.)

MM. Déjerine et Thomas communiquent le résultat de l'examen histologique des centres nerveux d'un malade atteint de névrite interstitielle. Les racines antérieures de la moelle sont très hypertrophiées par suite d'un épaississement des gaines conjonctives et d'une multiplication de fibres nerveuses très fines analogues à des fibres de régénération. Quant à l'énorme hypertrophie des nerfs périphériques, elle paraît être la conséquence exclusive de l'hypertrophie des gaines lamelleuses des nerfs. Les cordons postérieurs de la moelle présentent une lésion identique à celle du tabes. Ces résultats histologiques sont conformes à ceux obtenus dans un cas précédent publié par MM. Déjerine et Sottas ; ce premier cas concerne, d'ailleurs, la sœur du malade qui a fait l'objet de la recherche actuelle ; on voit par là que la névrite interstitielle hypertrophique est une affection familiale.

Fait à retenir : dans la névrite interstitielle, on trouve le signe d'Argyll-Robertson. Or, ce signe serait révélateur de la syphilis nerveuse ainsi que l'a démontré, pour la première fois, M. Babinski. Dans ce cas actuel, il a été impossible de déceler cette infection ; le signe d'Argyll peut donc, à titre exceptionnel, se manifester sans la syphilis. (*Bulletin Médical*, n° 49, 1902.)

KOPFF. — **Traumatisme éloigné de l'œil et kératocône.** (*Société de médecine légale*, 7 juillet.)

Il s'agit d'un jeune homme âgé aujourd'hui de vingt et un ans et que j'ai vu il y a neuf ans pour la première fois. A cette époque, en mai 1893, il vint me consulter pour des troubles de réfraction de peu d'importance ; l'œil droit (celui qui actuellement est atteint de la déformation conique) était légèrement hypermétrope (+ 0.50 D) et l'œil gauche légèrement myope (— 0.75). En 1894, en jouant, il reçoit sur l'œil droit un violent coup de poing qui occasionne de larges ecchymoses sous-conjonctivale et palpébrale inférieure et supérieure, résorbées normalement en quinze à vingt jours. Quelques mois après cet accident, l'œil droit, qui était d'abord hypermétrope, était devenu myope de — 0,75, et la myopie de l'œil gauche était de — 1.50. Un an après, la vision de l'œil droit avait encore diminué et la myopie paraissait augmenter progressivement, sans qu'on pût la corriger exactement. En réalité, c'était le processus qui commençait à se manifester sans encore être bien apparent. Je restai alors jusqu'en 1898 sans voir le jeune homme. Il revint en me disant que la vue avait continué à baisser peu à peu à l'œil droit, sans que sa famille ni lui, par insouciance, ne s'en fussent inquiétés, ni même occupés.

La déformation de la cornée s'était accentuée depuis mon dernier examen et le kératocone central était manifeste, avec tous les signes ophtalmoscopiques, kératoscopiques, déformation des images cornéennes, astigmatisme irrégulier, myopie d'environ — 8 au sommet du cône, amblyopie avec acuité visuelle réduite à 1/25e. La situation resta stationnaire un certain temps, ou du moins elle parut telle au jeune homme et aux siens, peu disposés à se préoccuper et à s'occuper un peu régulièrement d'une chose qui leur paraissait secondaire et presque négligeable. Il a fallu que la diminution de la vue s'accentuât considérablement pour qu'on revînt me voir, au commencement de 1902.

L'ectasie de la cornée avait encore augmenté et pouvait facilement se constater à l'œil nu. L'acuité de 1/25 qui, il y a trois ans, était obtenue avec un verre de — 8, l'était seulement avec un verre de — 13. J'ai eu l'occasion de revoir le malade il y a quelques jours, et j'ai constaté que l'état était resté stationnaire depuis le mois de janvier.

Notre confrère le Dr de Lantsheere, sans dire : *post hoc, ergo propter hoc*, et sans vouloir attribuer au traumatisme une influence exclusive, pense qu'il a joué un certain rôle dans la genèse de la déformation cornéenne et qu'il ne faut pas le considérer comme un facteur négligeable.

Comme nous l'avons dit, l'étiologie de cette affection est obscure et assez vague, et toutes les causes qu'on a invoquées pour l'expliquer se résument dans un défaut d'équilibre entre la résistance de la cornée et la pression intra-oculaire, sans qu'on saisisse réellement ce qui est la cause initiale de ce défaut d'équilibre.

Dans ces conditions, on peut très bien attribuer au traumatisme une influence déterminante, plus ou moins active, tout au moins sur des yeux prédisposés.

Le traumatisme ne peut-il même pas être considéré comme le facteur initial dans ces deux cas ? On sait combien, en général, il faut être réservé en matière de pronostic dans certains traumastismes, en apparence bénins, mais qui peuvent réveiller ou même provoquer des désordres généraux sérieux.

Chez le premier malade, le choc engendra des symptômes généraux graves de névrose. Chez le second, le traumatisme n'aurait-il pas provoqué des altérations dans les fibres nerveuses trophiques de la cornée, et par suite des troubles de nutrition susceptibles d'entraîner l'amincissement et l'ectasie de la membrane ?

En résumé, l'intérêt de l'observation que j'apporte consiste dans les particularités suivantes :

1° D'abord le fait d'avoir eu l'occasion d'examiner les yeux de ce jeune homme, il y a neuf ans, alors que son œil droit n'était pas même myope et présentait tous les caractères d'un œil sain ;

2° Puis le fait d'avoir pu constater l'aggravation d'une myopie qui, en réalité, n'était que le début du processus ectasique de la cornée et qui se manifestait après un traumatisme oculaire ;

3° Et surtout le fait d'avoir suivi, pendant huit ans, la progression de ce processus jusqu'au point où il est arrivé aujourd'hui, sans que, pendant ces huit années, l'œil gauche non traumatisé se modifiât ni dans sa forme ni dans sa myopie, restée toujours à — 1,50, avec une acuité normale après correction, alors que le kératocone est habituellement binoculaire.

Ces particularités ne peuvent-elles pas autoriser à attribuer une influence à la cause qui, dans ce cas, a agi localement, c'est-à-dire au traumatisme ?

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, ces deux faits méritent d'être enregistrés, en attendant que d'autres viennent les corroborer ou les infirmer, et c'est ce qui m'a déterminé à vous faire cette communication sur un sujet un peu spécial, et je vous remercie d'avoir bien voulu l'admettre à votre ordre du jour.

Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon. (*Société médicale des hôpitaux,* 23 mai.)

M. A. Souques a observé chez trois malades des troubles oculo pupillaires consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et petitesse avec rétraction du globe oculaire. Ces trois malades ne présentaient aucune des causes habituelles de ces troubles oculo-pupillaires. Ils étaient, par contre, atteints de tuberculose pulmonaire.

La coexistence de la tuberculose pulmonaire et du syndrome oculo-pupillaire précédent n'est pas due à une coïncidence fortuite. Il y a là une relation de causalité : la tuberculose pulmonaire est la cause première des troubles de l'œil et de la pupille.

Pour interpréter le mécanisme de ces troubles, il convient d'envisager les rapports anatomiques que le cul-de-sac supérieur de la plèvre présente avec le premier ganglion thoracique et avec son ou ses rameaux communiquants. Ces rapports sont immédiats. Or, c'est par les rameaux communiquants du premier nerf dorsal que passent les filets irido-dilatateurs du sympathique. L'expérimentation et l'observation clinique ont démontré que la destruction de ces filets est nécessaire et suffisante pour produire les troubles oculo-papillaires ci-dessus mentionnés. Les filets vaso-moteurs du sympathique cervical naissent des troisième, quatrième, cinquième et sixième nerfs dorsaux. On conçoit que les filets irido-dilatateurs et les filets vaso-moteurs puissent être intéressés isolément, étant donnée leur origine différente. C'est ce qui se passe dans le cas envisagé ici, où les irido-dilatateurs sont seuls détruits et où les troubles vaso-moteurs de la face doivent faire, et font, en réalité, défaut.

Les rapports étroits du dôme pleural avec le ou les rameaux communiquants du premier ganglion thoracique permettent de comprendre que, dans certains cas, ces rameaux peuvent être atteints et détruits par les lésions de pachypleurite et les adhérences qui accompagnent habituellement la tuberculose du sommet du poumon. Dans les cas de ce genre, qui ne doivent pas être exceptionnels, la tuberculose pulmonaire s'accompagnera du syndrome oculo pupillaire en question, sur lequel l'attention méritait d'être appelée. (*Bulletin médical,* n° 42.)

INFORMATIONS

Ecole de Médecine d'Angers.

Nous apprenons qu'un crédit vient d'être voté par le Conseil municipal de cette ville pour la création d'une Chaire de Clinique ophtalmologique à l'Ecole de Médecine. — M. le Dr Motais a été désigné comme professeur titulaire de cette chaire.

NOUVELLES

Le professeur Panas vient d'être élevé par le roi de Grèce à la dignité de grand Commandeur de l'ordre du Sauveur. Nous sommes heureux d'adresser à cette occasion à notre vénéré maître nos plus sincères félicitations.

AVIS

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison VON HEYDEN a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez BARBERON, *place des Vosges,* 15, *Paris, et dans toutes pharmacies.*